UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 77

CONTRIBUTION A L'ETUDE

de la

GRIPPE MALIGNE du NOURRISSON

et de la première enfance

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

JEAN DASTÉ

MEMBRES DU JURY .... MM. SOREL, *Président*
ROQUES, MOREL, RIEUNAU — *Assesseurs*
POULHÈS, *Suppléant*

ALBI : Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1950

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1950 N° 77

CONTRIBUTION A L'ETUDE

de la

GRIPPE MALIGNE du NOURRISSON

et de la première enfance

THÈSE pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1950

PAR

JEAN DASTÉ

MEMBRES DU JURY .... MM. SOREL, *Président*
ROQUES, MOREL, RIEUNAU *Assesseurs*
POULHÈS, *Suppléant*

ALBI : Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1950

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

CONTRIBUTION A L'ETUDE

de la

GRIPPE MALIGNE du NOURRISSON

et de la première enfance

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. LEFEBVRE
ASSESSEUR ..... BRUSTIER
Doyens honoraires ..... GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. RIBAUT
LAFORGUE — VALLOIS — SERR.

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques .	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale .	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathol. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène et médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des Maladies des Voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET (M.)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHÈS
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. DARNAUD, GÉRAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.
Chirurgie	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	MM. EODATI
Physique Médicale	MARQUÉS
Obstétrique	PONTONNIER
Odonto-Stomatologie	MM. CADENAT
O. R. L.	CLAUX

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitoligie	LASSERRE
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÈS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548911_0046

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS
ET DE MON ONCLE

Ravis à notre affection si près du terme, et dont j'aurais tant souhaité qu'ils soient près de moi en ce jour.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Puisse ce travail que je leur dédie, leur apporter le témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MON FRÈRE

Avec toute mon affection.

A MA TANTE ET A MON ONCLE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SOREL

Professeur de Clinique de Médecine Infantile
et de Puériculture

Qui nous a inspiré ce travail et nous a fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.

Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES

Professeur de Clinique Médicale
Officier de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie interne
et de Clinique de la Tuberculose

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur agrégé de Chirurgie à la Faculté

Qui nous a constamment guidé de ses conseils et de son amicale et cordiale sollicitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR POULHÈS

Professeur agrégé d'Anatomie à la Faculté

Qu'ils trouvent ici l'expression de nos remerciements pour l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de siéger à notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Docteur BARDIÉ

Médecin des Hôpitaux

Il nous a très obligeamment guidé et conseillé dans l'élaboration de ce travail.

Nous le prions de bien vouloir accepter ici nos plus sincères remerciements.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHEFS DE SERVICE
A L'HOPITAL D'ALBI

A MES CAMARADES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

La grippe joue un rôle très important dans la morbidité et la mortalité de l'enfance : elle est grave non seulement par elle-même, mais par ses infections secondaires. Aussi, a-t-elle été l'objet de très nombreuses et intéressantes études, par les multiples problèmes épidémilogiques, bactériologiques, cliniques et prophylactiques qu'elle a depuis longtemps soulevés. Néanmoins, c'est surtout la gravité de certaines de ses formes qui est à l'origine de la plupart des rapports qui lui ont été consacrés : chez le nourrisson et dans la première enfance notamment, elle revêt parfois un caractère particulièrement malin, qu'il nous a paru bon de préciser dans ce modeste travail, avec, à l'appui, quelque observations, que notre Maître et Président de Thèse, Monsieur le Professeur Sorel, a bien voulu nous confier.

Après un rappel historique et étiologique, nous nous efforcerons d'en dégager les différents aspects cliniques, d'en rapporter les complications, d'en montrer la difficulté du diagnostic, de préciser enfin l'état actuel de sa thérapeutique.

I. Historique

Dans ces écrits, Hippocrate fait déjà mention de rhumes épidémiques, à rapprocher, semble-t-il, des coryzas grippaux actuels. Toutefois la première épidémie de grippe connue, ne remonte qu'à 876 ; depuis, on en a rapporté de nombreuses vagues épidémiques présentant chacune un type spécial de complications, intestinales en 1773, cardiaques et nerveuses en 1658, 1775, 1837, pulmonaires enfin en 1837, 1890, 1918, et ces dernières années.

Par contre, jusqu'en 1918, la grippe du nourrisson et de la première enfance, était très mal connue. Les traités classiques ne lui consacraient quelques lignes que pour souligner sa rareté et aussi sa gravité. L'immunité du nourrisson paraissait un fait acquis, et au début de l'épidémie de 1918 les Professeurs Marfan et Chauffard avaient rapporté quelques cas paraissant le démontrer. Seul, Comby, au cours de la grande pandémie de 1890, en fit une étude, où il décrivait des formes cérébrales très graves.

D'autres auteurs pourtant, Hoffa de Berlin en 1909, et Rousseau Saint-Philippe de Bordeaux en 1902, étudièrent différentes formes de la grippe : à cette époque, si on ne niait pas son existence, on la croyait rare et bénigne dans la majorité des cas.

Mais, au cours de la grande pandémie de 1918, on ne tarda pas à s'apercevoir que la grippe était loin d'être exceptionnelle chez les nourrissons : son immunité toute relative est due principalement à l'isolement au berceau, mettant le jeune enfant à l'abri des contagions extérieures.

En 1919, MM. Achard, Leblanc et Laveran, rapportèrent 32 cas de grippe observés chez le nourrisson par contagion familiale.

D'autres auteurs, Los Feneros en Espagne, Reiche en Allemagne, Weill et Dufourt à Lyon, d'Espine à Paris, Heiman à Chicago, en étudièrent particulièrement les formes nerveuses.

Chaque année, à l'occasion des petites épidémies hiver-

nales, observées un peu partout dans le monde des articles, permirent de préciser et d'individualiser chez le nourrisson un certain nombre de formes cliniques. Les formes broncho-pulmonaires avaient pour ainsi dire été les seules observées en 1918. En 1924, 1925, MM. Lesage, Ribadeau-Dumas, et Debray, décrivirent à côté de formes respiratoires, des formes gastro-intestinales reproduisant trait pour trait, par leur début brusque, les vomissements, la diarrhée, la déshydratation rapide, l'hyper ou l'hypothermie, le choléra infantile que l'on observe en été, y compris la gravité du pronostic.

A côté de ces grippes cholériformes, ont été décrites des formes respiratoires spéciales, les unes par M. Hallé, caractérisées par une polypnée extrême avec hyperthermie, en l'absence de tout signe pulmonaire, paraissant toxiques et d'origine bulbaire, les autres signalées par Debray-Semelaigne, et Cournaud, se traduisant par de véritables œdèmes infectieux, tantôt aigus et analogues à ceux, qui, chez l'adulte, furent si fréquents et si graves en 1918, tantôt, au contraire, subaigus et parfaitement curables.

En 1926, Trabuc, de Marseille ,observe quatre cas de grippe hypertoxique, avec participation cérébrale. Lesage, note en 1928, le début particulièrement malin des grippes de cette année. En 1929, Lesne, Launay et Weitz, observent des complications laryngées et pulmonaires, surtout hilaires.

En 1933, Nobecourt, en passant en revue les formes pures de la grippe du nourrisson, trace un tableau clinique de la forme hypertoxique rapidement mortelle.

Lors du Congrès des Pédiatres de langue française de 1938, Marquezy et Mlle Ladet étudièrent dans un rapport la grippe maligne dans sa forme typique, tout comme Bonnel de Heidelberg en 1941.

En 1938, Best, de New-York, observe chez des nourrissons très jeunes des diarrhées cholériformes sans otite, sans atteinte cérébrale, qu'il attribue à l'infection grippale.

En juillet 1944, Andreoud et Koenig, en Suisse, observent au cours d'une grippe grave, une trachéo-bronchite simulant la diphtérie.

Tout récemment, enfin, à la Société de Pédiatrie, le 7 février 1947, Levesque, Labourcade et Mme Demassieux, ont rapporté un syndrome très grave, ayant des points communs avec la grippe maligne, et dont ils rendent le virus grippal responsable.

II. Etiologie

1° *Fréquence*

La fréquence de la grippe chez le nourrisson fut très longtemps discutée.

Jusqu'en 1918, on pensait, bien que Comby en ait observé quelques cas en 1890, à un certain degré d'immunité naturelle du nourrisson, vis-à-vis de l'influenza.

Mais la grande pandémie de 1918, et les petites épidémies localisées qui se succédèrent à travers le monde, touchèrent aussi bien le nourrisson que l'adulte, particulièrement les formes malignes.

2° *Epoque de l'année*

On voit survenir pendant les mois d'hiver, c'est-à-dire de novembre à mars, de petites épidémies, disséminées sur l'ensemble du globe.

Dans des cas assez rares, elles peuvent connaître une recrudescence en avril ou mai. Le froid joue d'ailleurs un rôle indéniable dans l'apparition de l'épidémie de grippe.

3° *Age*

La grippe survient chez le nourrisson à tout âge. Weill et Dufourt, pensent qu'elle peut atteindre les bébés dans les premiers jours de la vie. Ils ont vu des mères grippées, donner le jour à des enfants malades.

Cathala l'a observée chez des nouveaux-nés de 5 à 20 jours.

Hallé note aussi la très grande fréquence des cas de grippe chez les très jeunes nourrissons au sein.

4° *Sexe*

Les enfants des deux sexes, semblent être frappés de façon identique.

5° *Alimentation*

La plupart des auteurs n'y attachent pas une importance particulière.

Achard et Leblanc, n'avaient pas remarqué que le genre d'allaitement ait une influence quelconque sur la fréquence et l'évolution de la grippe.

Ribadeau-Dumas note que le syndrome toxique se voit même chez des enfants nourris au sein.

Halle, lui, affirmait sa plus grande fréquence chez les nourrissons au sein.

6° *Conditions physiologiques antérieures*

L'état du sujet, les tares antérieures, semblent également ne pas entrer en ligne de compte. Juozapavicius, dans sa thèse sur les grippes asphyxiques, cite plusieurs observations de malades, à évolutions toutes mortelles, sauf une, précisément celle dont le passé pathologique du malade était chargé.

Pour Monsieur le Professeur Renon même, « il semble que dans ses complications respiratoires les plus graves, la grippe ait atteint souvent des individus bien portants et indemnes de tares pathologiques antérieures, tandis qu'elle semblait ménager les malades atteints d'affections chroniques. »

7° *Conditions sociales*

Du fait de son isolement relatif, tous les auteurs s'accordent pour montrer la contagion comme surtout familiale, principalement maternelle, et évidemment hospitalière. Mais il est néanmoins évident que les contacts dans les grandes villes, les transports en commun, la déplorable habitude qu'ont nombre de mères de laisser embrasser leurs enfants par leur moindre connaissance, ne font encore qu'augmenter les risques de contagion. Cette remarque n'est pas seulement valable pour la grippe, mais aussi pour toutes les maladies infectieuses.

8° *Bactériologie*

Le problème du virus de la grippe est à l'étude depuis fort longtemps. Néanmoins, jusqu'en 1880, elle était considérée comme une maladie d'ordre absolument météorologique, dûe, pour un bon nombre d'anciens auteurs, à des troubles spontanés de l'atmosphère. Ce n'est qu'en 1880, qu'ont été effectuées les premières recherches bactériolo-

giques, sur des sécrétions nasales et bronchiques de malades grippés.

On rencontra alors dans toutes ces cultures une telle multiplicité d'organismes qu'on en vint même à se demander si la grippe ne serait pas le résultat de l'action de germes multiples différents, puisant dans certaines transformations des milieux cosmiques, une virulence particulière, et orientant dans une même voie pathologique leur action morbigène :

Streptocoque,
Pneumocoque,
Bacille de Friedlander,
Diplocoque de nature indéterminée,

furent tour à tour incriminés.

En 1892, Pfeiffer identifia dans les expectorations des sujets atteints de grippe un cocobacille filamenteux, et en fit le virus causal. Mais, très vite, on s'aperçut que ce n'était pas là l'agent morbigène recherché, car dans certaines grippes authentiques, on ne le retrouva pas, alors qu'il vivait en saprophyte chez des sujets entièrement sains.

En 1904, Besançon et Jung, découvrent un tétragène, micrococcus catarrhalis.

De 1914 à 1918, Krause, Forster et Silver, montrent la virulence des sécrétions nasales des grippés, prélevées précocement, capables de reproduire la maladie après une incubation de 18 à 20 heures.

Charles Nicolle, Lebailly, Selter, et bien d'autres en arrivent aux mêmes résultats. A la suite d'expériences faites sur des volontaires, Dochez, Mills et Koenland en 1930, ont prouvé l'identité du virus du simple coryza aigu sporadique et de celui de la grippe vraie épidémique ou interpandémique.

En 1936, Smeradunstseff, Nobyshevskaja et Shishkina, ont montré que la grippe était dûe à un virus filtrant très diffusible et très contagieux : mais la gravité de l'affection qu'il détermine est fonction de la présence, de la virulence, de l'abondance de quelques germes qui lui sont associés mais qui se transmettent difficilement, en particulier du bacille de Pfeiffer, du pneumocoque et beaucoup plus rarement du streptocoque. La présence du micrococcus catarrhalis, est intermittente ; on ne saurait se prononcer sur son rôle pathogène. Ces germes sèuls sont inoffensifs.

En 1934, des recherches bactériologiques ont abouti à la découverte d'un virus grippal « A » (Smith, Andreives,

Laidlaw) et en 1940, à l'identification du virus « B » (Naguel et Francis).

Les auteurs anglo-saxons, américains surtout, et particulièrement Hirtl en 1942, ont montré que le virus de la grippe, dont deux seulement sont connus et identifiés, agglutinaient les hématies de l'embryon de poulet. Ils ont même réussi à préparer un vaccin anti-grippal qui semble avoir une certaine efficacité

III. Clinique

I. Symptomatologie

1° Date d'apparition.

La malignité de la grippe ne se révèle pas d'emblée. Certes, Halle, en rapporte bien quelques observations avec des débuts malins, sans prodromes, et présentant d'entrée des symtômes alarmants, tels que syncope avec vomissements, voire même coma. Mais ce ne sont là que des exceptions car, le plus souvent, comme le montrent Ribadeau-Dumas et Nobecourt, tout se présente au début comme un état grippal saisonnier avec du coryza, un peu de pharyngite, un peu de congestion oculaire, réalisant le syndrome des « yeux rosés » décrit chez les enfants par des médecins suisses, une température à 40, 41°, cédant vite (48 heures environ), mais ayant tendance à remonter le lendemain et à donner à la courbe fébrile la forme d'un « V », (V grippal classique) : les hémorragies des voies respiratoires supérieures, épistaxie surtout, l'asthénie, sont également des prodromes importants.

Ce n'est que quelques jours plus tard, 5 à 6 d'après Ribadeau-Dumas, moins pour Nobecourt, que s'installe le syndrôme malin. On note même quelques observations où le syndrôme apparaissait beaucoup plus tard, parfois même en pleine convalescence.

2° Mode d'apparition.

Si le syndrome malin ne s'installe pas primitivement, il est bien souvent mis en place d'une façon brutale. Des syncopes alarmantes, répétées, des crises de dyspnée sine materia, des convulsions (Halle), une asthénie et même une adynamie avec d'emblée un faciès toxique (Ribadeau-

Dumas et Debray), des troubles nerveux (Weill et Dufourt), sont souvent le premier signe d'évolution vers la malignité du petit rhume que présente le nourrisson depuis quelques jours. Très rarement, et exceptionnellement, l'installation du syndrôme se fait progressivement, par de l'anorexie, des modifications de l'habitus, et du faciès, en même temps que la courbe thermique révêle une ascension importante.

3° Période d'état.

a) *Signes nerveux :*

Ce sont les signes nerveux qui confèrent à la grippe maligne son caractère spécial dans le syndrome toxique du nourrisson :

— Asthénie
— Adynamie
— Ataxie
— Convulsions

en sont les quatre principaux.

L'enfant est inerte dans son lit, tout en restant présent. Son faciès est pâle ; à l'anéantissement physique, à l'obnubilation psychique, s'ajoute une perte plus ou moins prononcée de la conscience :

Il est hébété, les yeux éteints au fond des orbites entourés d'un cerne bleuâtre, le nez pincé, les traits tirés, les lèvres cyanosées.

Parfois, on remarque sur son corps des mouvements désordonnés, des soubresauts musculaires dont le mâchonnement en est un exemple frappant. Ultérieurement, s'associent à ces signes les convulsions qui, alors, assombrissent profondément le pronostic de la maladie.

Toutefois les convulsions surgissent bien souvent d'une façon isolée et soudaine, constituant à elles seules les symptômes nerveux et réalisant alors ce qu'il est convenu d'appeler l'état éclamptique du nourrisson, avec pour prodromes dans les jours qui précèdent, de l'hyperthermie, de l'agitation, un faciès pâle, et peut-être même déjà, un peu de dyspnée : tous ces signes d'ailleurs passent fréquemment inaperçus.

Parallèlement à ces symptômes, mais non d'une façon constante, se développent des signes méningés, raideur de la nuque, signe de Kernig, existant rarement à l'état pur et réalisant les trois formes décrites par d'Espine :

Soit méningite pure,
soit méningo-encéphalite,
soit éclampsie pure.

Quoiqu'il en soit, dans la plupart des cas, le liquide céphalo-rachidien est normal ou à peine modifié par quelques éléments de la série blanche, à l'exclusion de toute modification.

Des signes tout à fait secondaires et rares, tels que des parésies ou des paralysies vraies, surtout faciales, le plus souvent fugaces, une diminution ou une exagération des réflexes (d'Espine-Heiman), un strabisme, un nystagmus, viennent compléter le tableau neurologique de la grippe maligne du nourrisson. L'examen du fond d'œil s'est révélé toujours normal.

b) *Troubles thermiques*

Tous les auteurs, sans exception, signalent l'hyperthermie parfois très élevée : 41, 42°. Marquezy et Mlle Ladet, ont confirmé même que, dans certains cas, elle pouvait aller au delà de 42°.

D'apparition brutale, tantôt elle atteint son maximum en quelques deux ou trois heures, tantôt, au contraire, le délai est plus long et progressif, allant de 24 à 48 heures, tantôt, enfin, elle procède par bonds successifs. Elle se maintient alors en plateau.

c) *Troubles respiratoires*

Les symptômes respiratoires, sans être constants, sont très fréquents.

Halle, avait déjà signalé des formes où une dyspnée « sine materia » avec des accès de cyanose, constituait un symptôme alarmant. Ne trouvant jamais aucun signe stéthacoustique, il pensait qu'il s'agissait là de troubles bulbaires, en rapport avec une atteinte cérébrale.

Ribadeau-Dumas a observé aussi de tels cas :

La dyspnée était impressionnante, mais à l'examen pulmonaire, il ne trouvait aucun signe, si ce n'est, quelquefois, quelques râles fins, sans submatité.

Marquezy et Mademoiselle Ladet, mettent aussi l'accent sur la dyspnée, de types très variés, ayant parfois le rythme de Cheynes-Stokes, ou de Kusmaull.

Dans certains cas, on peut percevoir, disent-ils, des râles associés, fins, diffus, dans les deux champs pulmonaires, véritables stades intermédiaires à la grande crise d'œdème aigu du poumon, accompagnée de cyanose d'asphyxie et de nombreux crépitants.

d) Troubles digestifs

Les troubles digestifs sont à peu près constants. Tous les auteurs insistent sur leur fréquence et aussi sur leur valeur pronostic.

Déjà, dans la grippe commune, ils ont une importance assez grande, qu'il s'agisse d'un certain degré d'anorexie, de quelques vomissements, d'un peu de diarrhée, tous symptômes courants des maladies du premier âge, et disparaissant le plus souvent assez vite.

Il n'en est pas de même pour la forme maligne. Les vomissements simples et peu importants prennent très souvent une allure dramatique, devenant incoercibles, abondants. Halle, tout comme Rousseau Saint-Philippe de Bordeaux, avait insisté sur ces vomissements, survenant chez des malades presque uniquement nourris au sein.

Ribadeau-Dumas et Debray, les avaient observés chez des nourrissons nourris aussi bien au sein qu'à l'allaitement artificiel et leur accordait une très grande valeur pronostic, annonçant jusqu'à coup sûr une issue fatale, s'ils surviennent en pleine évolution.

e) Hémorragies

Si elles sont très fréquentes, elles ne s'extériorisent pas toujours. Les hémorragies nasales et les purpuras se voient le plus souvent, et compromettent le pronostic. On n'a toutefois jamais rencontré ni hémoptisies ni hématémèses.

f) Troubles cardio-vasculaires

La cyanose ou la pâleur, ou parfois les deux associées, entrent fréquemment dans le tableau clinique de la grippe maligne, la première étant l'apanage des extrémités, et des régions péribuccale, périnasale et périorbitaire, la seconde donnant un aspect d'anémie, signe si impressionnant. Associées, elles donnent au visage une couleur gris-pâle.

g) Troubles du métabolisme

Tous les auteurs sont d'accord pour avoir observé dans toutes les grippes malignes une perte de poids considérable, allant de 200 à 300 grammes par jour. L'on assiste alors à une déshydratation intense, avec fontanelle très déprimée, chevauchement des os du crâne, et perte du pannicule abdominal.

Mais, très récemment, à la Société de Pédiatrie (séance

du 4 février 1947), Levesque, Lafourcade et Mme Demassieux ont rapporté un syndrome qui se rapproche de la grippe maligne. En effet, dans ce syndrome neuro-toxique, ils observaient une conservation du poids au début de l'évolution, et une chûte rapide précédant la mort. Ils pensent qu'il peut s'agit là d'une modalité du virus grippal saisonnier.

Telle est, dans son ensemble, la forme typique de la grippe maligne, les symptômes nerveux l'emportant de beaucoup sur les autres phénomènes, par leur intensité et leur fréquence. Parmi les autres troubles les plus souvent rencontrés, sont les troubles digestifs et respiratoires. L'hyperthermie est également presque constante.

II. Formes cliniques

A côté de la forme typique caractérisée par un ensemble de symptômes dont quelques-uns sont certes importants mais non isolés, il existe des formes monosymptomatiques.

On peut ainsi distinguer :

— Des formes nerveuses.

— Des formes respiratoires.

— Des formes purement digestives.

Formes nerveuses

Il a été décrit :

— Des formes adynamiques, où la symtomatologie est réduite à l'anéantissement, au coma.

— Des formes ataxiques, où le petit malade est en proie à une agitation incessante, sans signes cliniques positifs.

— Des formes ataxo-adynamiques où le nourrisson est tiré de son coma par des convulsions plus ou moins espacées.

— Halle, enfin, a signalé en 1925, chez les nourrissons et les enfants en bas-âge, une forme nerveuse à début syncopal très impressionnante, mais habituellement bénigne, et une forme dyspnéique caractérisée par une dyspnée toxique, d'origine bulbaire, qui peut être passagère. Seule la notion d'épidémie nous permettra de porter un diagnostic, tout autre signe physique ou fonctionnel faisant absolument défaut.

Formes respiratoires

On a voulu distinguer des formes respiratoires supérieures avec otite, et des formes respiratoires inférieures avec broncho-pneumonie, Toutes présentent néanmoins quatre caractères fondamentaux :

1° Leur brusque apparition chez des nourrissons suivis en milieu grippé.

2° L'existence de phénomènes dyspnéiques avec cyanose et expectoration mousseuse.

3° La présence aux deux bases pulmonaires ou prédominant à l'une d'elles, de râles sous-crépitants fins que l'on peut interpréter comme des signes d'œdème pulmonaire.

4° Une atteinte cardiaque assez marquée.

Si la présence de ces signes rapproche ce syndrome de la description faite par MM. Debray, Semelaigne et Cournaud, sous le nom « d'œdème du poumon infectieux subaigu et curable chez l'enfant nouveau-né », il s'en différencie cependant par le caractère aigu de l'évolution avec mouvement fébrile, par une assez forte mortalité, par les caractères de la toux non coqueluchoïde, par une certaine tendance à la rechute, et par la présence d'une expectoration œdémateuse. Le syndrome observé se rapproche davantage des faits rapportés par le Professeur Römer et Mlle Phelizot, sous le nom de « bronchiolite aiguë grippale avec accès d'apnée, chez l'enfant nouveau-né », et dont il n'est pas inutile de reproduire leur description.

« Les parents se sont aperçus de l'infection parce que l'enfant prenait un mauvais aspect, buvait mal, respirait péniblement, et dans cinq sur six des cas, faisait des accès de cyanose. Le début était brusque.

« A l'admission l'état paraissait très grave. Un seul de ces enfants avait une légère réaction atteignant 38°. Tous les autres étaient hypothermiques. Il avaient un teint grisâtre ,un aspect fatigué, criaient faiblement, avaient une dyspnée assez marquée, encore aggravée par le fait qu'ils avaint une forte obstruction nasale par rhinite.

« Ils faisaient de temps à autre des accès de cyanose très alarmants ; à l'occasion de la tétée, d'un accès de toux, ou sans cause apparente, l'enfant s'arrêtait de respirer et devenait bleu. On devait le secouer énergiquement pour le faire respirer. L'accès cyanotique qui a duré quelquefois deux minutes, prenait fin par une inspiration profonde. Ces accès nous ont semblé imputables dans ces cas, à l'encombrement bronchique par des mucosités, et l'expérience nous a montré que la meilleure manière de prévenir ou de traiter ces accès,

était de donner à l'enfant des bains tièdes avec douches froides, qui le débarrassaient des mucosités en le faisant respirer énergiquement et tousser.

« Les signes physiques de l'infection pulmonaire étaient très marqués. Nous avions l'impression qu'il s'agissait de bronchiolite aiguë, mais nous n'avons pas pu en faire la preuve anatomiquement, puisque tous nos cas ont guéri. Sur toute la hauteur des deux poumons, en avant et en arrière, on entendait des râles sous-crépitants, râles muqueux, à bulles fines, se produisant au moment de l'inspiration ; ils étaient répartis sur toute la hauteur des deux poumons sans aucune prédominance aux bases, et avaient tous la même sonorité.

« On n'entendait aucun râle crépitant ni râles sibilants, ni râles ronflants, la percussion ne décelait aucune submatité. Les bruits du cœur étaient assez bons, bien qu'on ait noté plusieurs fois un peu d'assourdissement après les accès de cyanose.

« On a constaté chaque fois des troubles digestifs légers consistant en une forte anorexie, quelques vomissements et des selles hachées, un peu plus nombreuses que normalement. Aucun signe urinaire. Jamais de convulsions ni de signes nerveux. Il semble d'ailleurs que cet œdème pulmonaire ne soit pas une réaction inflammatoire locale, en réponse à un facteur local, mais une perturbation purement dynamique d'un tissu, qui, en réponse à une incitation pas locale mais générale, réagit par des modifications profondes de sa texture.

« Peut-être ne s'agit-il pas à proprement parler d'une maladie pulmonaire, mais d'une réaction du poumon, au cours d'une crise plus générale. »

Formes gastro-intestinales

Les formes digestives sont plus rares, mais elles peuvent revêtir un caractère de gravité particulière, et donner au tableau morbide une physionomie spéciale, rappelant le choléra infantile.

Le début est brutal. Refusant toute nourriture, l'enfant vomit ce qu'il tente de boire. Rapidement, l'état devient très grave ; le nourrisson est inerte, pâle, hébété dans son lit, avec un cri faible et court. La température est élevée. Best a observé quelques cas où elle était peu élevée. Par contre, Bonnel affirme qu'elle n'est jamais inférieure à 38° 5.

En quelques heures, apparaissent les selles fétides, jaunâtres, parfois jaune brun, et dans certains cas vert foncé,

quelquefois même elles peuvent être muqueuses, sanguinolentes et purulentes. Le ballonnement est constant. Puis les selles liquides augmentent progressivement de fréquence, et la perte de poids est parfois égale à 500 grammes par 24 heures. La déshydratation est également rapide.

L'aspect général change en quelques heures. D'un enfant bien portant, il devient moribond. La mort survient dans la moitié des cas environ, après une évolution variable.

Levesque, Lafourcade et Mme Demassieux ont rapporté une forme spéciale de grippe maligne, avec dégénérescence massive du foie ,caractérisée par une fièvre élevée, des signes cérébraux très importants, (coma, convulsions, agitation choréiforme extrême, avec réaction du liquide céphalo-rachidien, pouvant aller jusqu'à réaliser une méningite purulente sans germes, avec leucocytes altérés). Le poids, par contre, augmente tout d'abord (fait paradoxal dans un état toxique) puis subit une chute extrêmement rapide, précédant la mort.

L'autopsie a révélé à la fois, une dégénérescence totale du foie, qui est à la base de ces troubles particuliers d'hydratation, suivie de déshydratation, et un œdème cérébro-méningé intense, et constant, paraissant d'ailleurs primitif.

III. Evolution

L'évolution des formes malignes de la grippe est malheureusement entachée d'une forte mortalité. L'enfant meurt, le plus souvent, au terme d'un coma progressif, coupé ou non dans sa phase ultime de convulsions généralisées. Une syncope brutale vient parfois arrêter brusquement le cours de la maladie. Quatre à cinq jours, parfois moins, suffisent pour arriver à cette issue fatale, terrassant ainsi un enfant jusque là bien portant, et paraissant indemne de toute tare antérieure.

Dans quelques cas, malheureusement trop rares, la guérison survient, laissant néanmoins l'enfant pour plusieurs mois dans un état de fragilité extrême, l'exposant souvent, d'ailleurs, à des rechutes fatales, ou à des complications très graves.

a) Complications

Ce sont surtout des complications de l'appareil respiratoire, et, en premier lieu :

— La laryngite, ou faux croup grippal.

Zeschock, le premier, en 1919, en avait rapporté 13 cas, et en avait montré la gravité : mais ce n'est vraiment que Leme, en 1929, qui en précisa l'étude et en montra la difficulté de différenciation avec la diphtérie.

Elle débute, le plus souvent, au moment où tout danger semble définitivement écarté :

Brutalement, la toux est rauque, la voix enrouée, la dyspnée continue, sans paroxysme.

A l'examen laryngologique direct, on remarque un œdème rouge de la muqueuse, surtout sous-glottique, avec parfois quelques ulcérations. Le plus souvent, toutefois, on ne rencontre pas de fausses membranes. Dans 50 % des cas environ, cette laryngite connaît une issue fatale. Malgré le début brutal, la dyspnée continue, l'absence de fausses membranes, son diagnostic est vraiment difficile avec la dyphtérie. Aussi, faut-il, dans le doute, injecter du sérum, associé au gardénal comme antispasmodique, à la pénicilline et à la streptomycine comme antibiotiques. Tous les auteurs soulignent la difficulté du tubage, lui préférant la trachéotomie d'urgence.

Complications pleuro-pulmonaires

Nous n'insisterons pas sur la broncho-pneumonie grippale, longtemps confondue avec la grippe maligne.

Certains auteurs, d'ailleurs, comme Halle, Weill et Dufourt, la présentent comme peu commune.

Lesne rapporte 13 cas de cortico-pleurite avec épanchement, dont le liquide de ponction était trouble, peu abondant, très riche en polynucléaires non altérés.

L'examen radiologique nous a parfois montré au décours de la maladie, des adénopathies hilaires, avec ombres péri-hilaires, s'extériorisant cliniquement par une température à 39, 40° et la perception à l'auscultation de râles fins.

Best et Bonnel signalent la fréquence des otites grippales, qui ne présentent d'ailleurs rien de particulier.

b) **Séquelles**

La guérison définitive, trop rarement vue est, malheureusement encore assombrie par la perspective de séquelles graves :

— Troubles du caractère, imbécillité.

— Atrophie optique tardive et progressive.

— Retard de croissance.

La convalescence est toujours lente et pénible.

IV. Diagnoctic

L'absence de signes pathognomoniques, le caractère polymorphe de la symptomatologie rendent le diagnostic de grippe, en clinique, souvent difficile.

La bactériologie, en effet, ne nous est encore d'aucun secours, car, si le virus « A » a été isolé dès 1934 par Smith, Andreives et Laidiow, le virus « B », en 1940, par Naguel-Francis, si d'autres virus classés actuellement dans les groupes « X » et « Y » ont été également rencontrés, c'est seulement Hirtl, en 1942, qui donna la possibilité d'identifier et de doser les concentrations des anticorps spécifiques dans le sérum des malades.

Ce procédé d'agglutination des hématies d'embryon de poulet, ne peut être employé en pratique courante, mais ouvre le champ à de grandes espérances pour l'avenir.

Aussi, le diagnostic reste-t-il souvent hésitant, même dans les formes les plus typiques. Il l'est plus encore dans les formes monosymptomatiques.

Si les signes nerveux dominent, on parle d'encéphalite, s'il y a des signes respiratoires, de broncho-pneumonie, d'œdème subaigu pulmonaire curable, de broncho-alvéolite suppurée. Mais les signes y sont, en règle, plus progressifs, estompés.

Un point capital du diagnostic sera donné toutefois par la notion d'épidémicité :

L'entourage, la mère surtout, présentent un rhume depuis quelques jours, et, à son tour, le nourrisson est atteint d'un simple coryza, d'une légère pharyngite : ce n'est que cinq, six jours plus tard, quelquefois plus tardivement, parfois enfin seulement lors de la convalescence, qu'apparaît la grippe grave, le syndrome malin.

Malheureusement, cette notion de contagion manque très souvent, soit que l'infection dans l'entourage soit passée inaperçue, soit que l'enfant ait été contaminé par hasard, par un étranger à son milieu.

— Notion d'épidémicité.
— Début brutal.
— Signes nerveux.
— Signes digestifs.
— Signes pulmonaires.

associés tous d'une très grande intensité, devront obligatoirement faire penser à la grippe maligne. Il sera bon d'ailleurs de procéder par élimination, avant de porter un diagnostic formel.

IV. Pronostic

Le pronostic de la grippe du nourrisson et de la première enfance était jusqu'à nos jours très grave. Il semblait surtout très impressionnant, quasi mortel, chez le nourrisson, jusqu'au trentième jour de sa vie.

Les plus récentes statistiques, celles des auteurs américains, celles de Best et Bonnel, parlent de 45 à 50 % de morts. Lust et Nélis accusent 60 % de mortalité et même 100 % durant l'épidémie belge de 1946 qui causa un millier de décès, si, du moins, le syndrome toxi-infectieux observé peut être rattaché à la grippe, Gaujoux et J. Chaptal, de Montpellier, rapportent en 1947 trois vagues épidémiques chez des nourrissons entre 12 et 15 jours, avec une mortalité de 82 % des cas, malgré une thérapeutique active.

Malgré tout, tous les sujets atteints ne meurent pas. Le pronostic varie, d'après Cathala, suivant qu'il s'agit d'une maladie maligne ou d'un syndrome malin.

Dans le premier cas, la malignité se manifeste d'emblée, avec des symptômes graves, généralisés, avec de grosses lésions dégénératives des parenchymes, et dépend des germes qui sont hypervirulents : la mortalité est énorme, et l'avenir des trop rares convalescents compromis.

Dans le second cas, la maliginité vient en quelque sorte d'une réponse allergique à l'infection sans grosses lésions anatomiques : le pronostic en sera bien meilleur.

La découverte des antibiotiques actuels, pénicilline et streptomycine surtout, associés à l'oxygénothérapie, ont considérablement diminué la mortalité enfantine dans la grippe maligne : les quatre observations rapportées n'ont-elles pas toutes connu une guérison complète et durable.

V. Observations

Voici quatre observations recueillies dans le Service de notre Maître, Monsieur le Professeur Sorel, grâce è sa bienveillante sollicitude.

OBSERVATION I

Roger D.., de Muret, né le 20 septembre 1947, commence par présenter le 3 janvier 1950, une rhino-pharyngite banale ; son médecin traitant le soumet aux traitements usuels en pareil cas.

Mais, au bout de trois jours, son état général s'altère rapidement, et nécessité son hospitalisation d'urgence à l'Hôpital de Purpan.

L'interrogatoire nous fournit la notion de grippe dans son entourage.

A l'examen, l'enfant est pâle, le regard terne, avec des yeux grands ouverts, secs, et peu mobiles. Sa langue est fuligineuse, son pharynx très rouge.

Ce petit malade vomit, présente des selles verdâtres, choléri formes, et un état de déshydratation considérable : signe du pli cutané, chute du poids importante ; il donne une impression de sécheresse extrême.

Son pouls est rapide, sa tension basse. Sa température est d'emblée à 40°, son corps brûlant, ses extrémités froides.

L'enfant présente une petite toux très sèche et une dyspnée assez prononcée avec une cyanose périnasale et péribuccale.

A l'auscultation, on perçoit des râles fins aux deux bases.

L'oto-rhino-laryngologiste trouve des tympans normaux.

Immédiatement, le traitement suivant est mis en œuvre :

— Perfusion intraveineuse de sérum glucosé, associé à deux centicubes de novocaïne.

— Transfusion de sang le soir.

— Oxygénothérapie sous la tente, et enveloppements sinapisés répétés plusieurs fois dans la journée.

— Syncortyl : 5 mgr. matin et soir, et solucamphre.

— Pénicilline : 100.000 unités toutes les 3 heures, par voie intra-musculaire, et nébulisation de ce produit sous la tente.

— Streptomycine : 1 gramme par jour.

Au bout de trois jours, l'état général s'améliore, le regard devient vif, la température baisse, l'enfant ne vomit plus, respire sans la moindre gêne ; ses selles sont redevenues normales.

On enlève alors la tente à oxygène, tout en élargissant le traitement.

L'enfant rechute alors, et est soumis à nouveau à la thérapeutique du début.

Deux jours après, on enregistre une nette amélioration, qui s'accentuera les jours suivants pour arriver à une guérison complète vers le douzième jour.

En résumé, il s'agissait là d'un état subtoxique, avec diarrhée cholériforme, ayant vraisemblablement une origine grippale.

OBSERVATION II

A. M..., de Croix-Daurade, né le 10 septembre 1948, présente tout d'abord comme le précédent, une rhino-pharyngite commune, avec catarrhe oculo-nasal, et est soumis par son médecin à un traitement tout à fait banal.

Son état général était très satisfaisant, mais, subitement, au 2e jour, une très brusque aggravation se manifeste ; il entre alors le 5 février dans le service de Médecine Infantile de l'Hôpital de Purpan.

A l'interrogatoire, on ne peut mettre en évidence aucune notion de contagion grippale.

La veille de son admission dans le service, ses parents avaient remarqué sa toux sèche, non coqueluchoïde, sa température avait présenté un clocher à 38°5.

A l'examen, l'enfant présente un visage gris pâle, des yeux excavés, un regard sans expression. Ses lèvres et ses extrémités sont cyanosées. Sa gorge est rouge, remplie de muco-pus ; sa langue est sèche.

L'enfant refuse systématiquement de manger. Ses selles sont fréquentes, aqueusse et verdâtres, la déshydratation est également très importante.

Pendant l'examen, l'enfant geint et reste très agité. On enregistre sur sa face l'instabilité de ses muscles animés de mouvements de mâchonnement.

Son pouls est rapide, la température très élevée à 41°,

avec un abaissement de la température périphérique : ses extrémités sont froides.

La respiration ample, paraît difficile : on aperçoit d'ailleurs un léger battement des ailes du nez.

A l'auscultation pulmonaire, on perçoit des râles sibilants dans les deux champs, surtout en avant.

On lui administre alors le même traitement qu'à Roger D..., et l'enfant guérit rapidement, sans rechute et sans séquelles.

Le diagnostic le plus vraisemblable est celui d'état toxique survenant au deuxième jour d'une affection grippale, avec signes nerveux, gastro-intestinaux, et encombrement bronchique.

OBSERVATION III

Henri D..., né le 15 janvier 1949, sans antécédent pathologique ni collatéral, est admis le 23 mars 1949 à l'Hôpital de Purpan, pour crises convulsives subintrantes.

Né à terme, après un accouchement normal, il a toujours été nourri au sein.

Depuis quelques jours, l'enfant est grippé, avec coryza, toux, température oscillant entre 38°5 et 39°, légers troubles gastro-intestinaux. Les premières crises convulsives datent du 20 mars.

Au nombre de deux le premier jour, elles deviennent de plus en plus fréquentes, au point d'être continues lors de son entrée à l'hôpital, uniquement séparées par un intervalle de quelques minutes à peine, pendant lesquelles l'enfant est dans le coma.

La température est alors à 38°2.

La nuque est rejetée en arrière. Les yeux révulsés présentent des secousses de nystagmus. Les réflexes tendineux sont vifs des deux côtés.

La ponction lombaire révèle deux éléments de la série blanche, et 0,44 d'albumine.

— Pénicilline.

— Novocaïne intra-veineuse.

— Tonicardiaques et

— Gardénal

constituent la base du traitement.

Le 27 mars, la température commence à baisser, les crises deviennent moins fréquentes.

Tout semblerait rentré dans l'ordre vers le 5 avril, s il ne persistait une somnolence assez marquée, avec par intervalle, de petits mouvements menus des extrémités.

La guérison est complète vers le 20 avril.

La notion de grippe antérieure qu'a présentée le nourrisson, le caractère quasi négatif qu'a présenté l'examen du liquide céphalo-rachidien, sont en faveur d'une encéphalite post-grippale.

OBSERVATION IV

Robert V..., 3 mois, né à terme après un accouchement normal, et un poids à la naissance de 3 kgs 250, entre à l'Hôpital le 15 mars 1949, pour une grippe toxique grave.

Nourri au lait maternel pendant un mois et demi, puis au Guigoz, sa croissance s'effectue normalement, sans aucun ennui.

Le début de la maladie remonte au 12 mars : l'enfant présente une rhino-pharyngite banale sans température.

Le 13 mars, les signes s'aggravent, la température s'élève à 38°2, un battement des ailes du nez apparaît. Son médecin traitant le met à la pénicilline.

Le 14 mars, à deux heures du matin, son état s'aggrave encore. Son médecin aussitôt rappelé prescrit

— Camphre.
— Caféine.
— Enveloppements sinapisés.

Il constate alors :

— Des râles généralisés aux deux côtés.
— Une grosse dyspnée.
— Du battement des ailes du nez.

Et, à 8 heures :

— Des signes encéphalitiques.
— Tête en hyperextension.
— Regard fixe avec mydriase.
— Mouvements convulsifs des membres supérieurs.
— Mains en hypertonie et pronation forcée.

Il appelle alors un médecin consultant, qui pratique une ponction lombaire :

Le liquide est clair et normal.

Il est alors hospitalisé à Purpan. A l'entrée, on constate :

— Une température à 40°.
— Une grosse dyspnée avec tirage.
— Des râles fins dans les deux champs pulmonaires

Et, comme signes nerveux :

— Une tête en hyperextension.
— Un regard fixe.
— Une sudation intense, surtout au niveau de la tête
— Des crises Bravais-jacksoniennes du membre supérieur gauche.

Le traitement est alors le suivant :

Anti-infectieux — Pénicilline.
— Streptomycine.

— Gardénal : 8 cgrs.
— Syncortyl.
— Lobéline.
— Sérum hypertonique intra-veineux.

Dès le 15 mars, tous les signes avaient commencé à s'atténuer, et le 12 mai, l'enfant est revu en consultation en excellente santé.

VI. Traitement

La gravité de cette affection explique que tous les auteurs aient voulu la faire bénéficier des plus récents progrès thérapeutiques.

De tout temps, les anti-infectieux ont été la « clé de voûte » du traitement de la grippe maligne du nourrisson et de la première enfance.

Ribadeau-Dumas et Debray ont employé un mélange de sérum anti-pneumococcique et anti-streptococcique, délaissé d'ailleurs au profit des Sulfamides d'abord, de la Pénicilline et de la Streptomycine ensuite.

A l'heure actuelle, la base du traitement anti-infectieux, est l'association :

— Pénicilline.
— Streptomycine.

La Pénicilline est injectée toutes les trois heures, à des doses variant suivant la gravité et l'âge du nourrisson de :

— 400.000 à 800.000 unités.

La streptomycine à la dose de :

— 1 gramme par jour.

Les sulfamides (sulfathiazol, sulfaméthyldiazine, sulfadiazine), ne sont guère plus employées de nos jours.

On y associera une thérapeutique cardio-vasculaire :

— Solucamphre simple.
— Solucamphre spartéiné
ou
— Solucamphre caféiné.

1, 2 cc. et même plus par jour.

— Syncortyl à haute dose.

L'oxygène, dans les cas où la dyspnée est par trop prononcée, avec des troubles importants de l'hématose, donne de très bons résultats.

Il sera bon d'associer à ce traitement général, une thérapeutique symptomatique suivant les cas.

Dans les formes respiratoires, les enveloppements sinapisés, répétés plusieurs fois dans la journée, sont d'excellents adjuvants.

— Diète hydrique sucrée,
— Farine de caroube,
— Suafaguanidine
et
— Rehydratation,

s'imposent dans les grippes gastro-intestinales, type choléra infantile.

Enfin, dans les syndromes neuro-toxiques, Levesque, depuis 1942, préconise à la lumière des travaux de Reilly :

— La novocaïne intra-veineuse,
— La novocaïne intra-sinusale
ou
— La novocaïne intra-jugulaire :

injections de 1 à 2 cc., d'une solution de novocaïne à 1 %, sans adrénaline, pratiquée lentement en deux minutes, et dont le but est d'inhiber l'activité du sympathique.

La mortalité écrasante de cette affection rend indispensable toutes les mesures prophylactiques, actuellement en notre pouvoir. Malheureusement, cette prophylaxie est de réalisation extrêmement difficile et l'on doit constater que, jusqu'à présent, on n'a pas mis en œuvre les moyens permettant d'espérer l'extinction complète de la maladie.

La fermeture de tous les établissements publics contaminés, l'isolement strict du contagieux, et même son hospitalisation, si son isolement est impossible, la réduction maxima du temps d'attente dans les salles de consultation, constituera la base de cette prophylaxie.

Individuellement, il faudra d'une part éviter le contact avec l'agent morbide (désinfection du rhino-pharynx, par des antiseptiques doux, port d'un masque facial, pour le personnel soignant). D'autre part, il faudra essayer d'augmenter la résistance de l'organisme, en évitant tout refroidissement, toute cause de fatigue importante, en surveillant de très près l'alimentation, non seulement du point de vue qualitatif, mais aussi quantitatif.

Enfin, il est intéressant de signaler que, depuis quelques temps, les Pédiatres américains ont mis au point un vaccin anti-grippe, qui assurerait une immunité sérieuse pendant six mois.

Le vaccin contient les deux types de virus individualisés. La protection est acquise 15 jours après l'injection, et décline après quatre mois et demi. L'injection de 1 cm^3 est faite sous la peau, en une seule fois ; la réaction locale est parfois importante. Par contre la réaction générale est exceptionnelle et toujours négligeable. Dès 1944, les américains rapportaient des résultats très satisfaisants.

Du fait de la courte durée de l'allergie ainsi créée, il y aurait lieu de pratiquer cette vaccination au début de l'hiver.

VII. Conclusion

Telle est la grippe maligne du nourrisson et de la première enfance, affection redoutable, surtout dans le premier mois de la vie, et dont l'existence, longtemps ignorée est actuellement reconnue par tous. Aussi, nous ne saurions terminer ce travail sans esquisser une rapide revue générale de cette question.

I. — Du point de vue étiologique, il est admis que :

— Les nourrissons sont aussi bien atteints par la grippe que les grands enfants et les adultes.

— Que cette maladie survient par petites épidémies, en hiver surtout, du mois de novembre au mois de mars, mais qu'on peut la rencontrer également sous forme sporadique, durant d'autres périodes de l'année.

— Que garçons et filles sont également sensibles.

— Que le mode d'alimentation n'a pas d'influence sur l'éclosion de la maladie.

II. — Cliniquement, dans la majorité des cas, l'apparition du syndrome malin de la grippe, est précédé d'un épisode apparemment bénin, d'une durée variable, allant de un à cinq jours en moyenne, pouvant même survenir en pleine convalescence. Son début est brutal, inopiné.

Les syndromes nerveux dominent le tableau clinique et sont essentiellement : l'asthénie, l'adynamie et les convulsions.

Parfois isolés, ces signes sont souvent associés.

1° A des phénomènes pulmonaires, caractérisés surtout par une dyspnée sine materia, d'origine bulbaire ; on observe également de l'œdème pulmonaire pouvant revêtir parfois un caractère suraigu.

2° A des signes digestifs : Vomissements, diarrhée grave, de type cholérique.

3° A des troubles métaboliques, avec déshydratation intense.

III. — L'hyperthermie est la règle et se manifeste par une température souvent irrégulière, quelquefois en plateau. Il s'y associe bien souvent un abaissement de la température périphérique, signe de malignité important, pour Lesage.

IV. — L'évolution se faisait dans la règle rapidement vers la mort, avec ou sans complications, d'ordre pulmonaire le plus souvent.

V. — Le diagnostic en est très souvent difficile et basé, avant tout, sur la notion d'épidémicité, difficile parfois à mettre en évidence.

La bactériologie, malgré des acquisitions récentes, ne nous est encore d'aucun secours.

VI. — Le pronostic demeure très grave. Il dépend du degré de malignité du germe, du degré d'allergie du malade. Il semble surtout très impressionnant, quasi mortel, chez le nourrisson, jusqu'au trente-cinquième jour de sa vie, à moins que ne soit mis immédiatement en œuvre un traitement basé sur une association pénicilline-streptomycine, avec oxygénothérapie intensive dans les formes dyspneïques.

VII. — Le traitement général par la pénicilline, la streptomycine, les analeptiques cardio-respiratoires et la novocaïne intra-veineuse, doit toujours être complété d'une thérapeutique symptomatique :

a) Oxygénothérapie intensive, sous tente, et enveloppements sinapisés répétés pour les formes respiratoires.

b) Diète hydrique — Farine de caroube — Réhydratation pour les formes gastro-intestinales.

VIII. — Un vaccin anti-grippal, mis au point aux U.S.A., il y a peu d'années, pourra, peut-être, dans quelques temps, être utilisé pendant l'hiver et en période d'épidémicité, pour protéger le nourrisson.

IX. — Les mesures prophylactiques doivent toujours être très rigoureuses.

Le Président de la Thèse :

SOREL.

Vu : *le Doyen,*

LEFEBVRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Toulouse, le 28 juin 1950

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Grippe des nourrissons — Le nourrisson — 1919, p. 163.

ACHARD, LEBLANC et LAVEDAN J. — La grippe chez le nourrisson (Bul. Soc. Med. T. XLIII 16 Mai 1919).

R. ALBERTO. — Formes cliniques de la grippe chez les nourrissons et les enfants. Sa fréquence dans la récente épidémie. (Revista cubana de Pediatria, 20, 5, Mai 1948, p. 268-279).

BEST. — Epidemic diarrhea of newborn J. Am. Méd. Ass. 1938 n° 110, p. 1-1355.

BOREL. — Contribution à la connaissance de la grippe dite essentielle du nourrisson. (Arch. f. Kinderh), 1941, 124. n° 4 pp. 145-162).

DE BRAUWERE. — Quelques réflexions au sujet d'un cas d'oedème pulmonaire curable chez le nourrisson. (Mém. et Bull. Soc. de Méd. de Gand, 1930, pp. 118-122).

BRETON — NOEL. — Contribution à l'étude de la broncho-alvéolite tuberculeuse grippale chez le nourrisson. (Thèse de Paris, 1939).

BRISSAUD. — Contribution à l'étude de la forme nerveuse de la grippe et de ses complications. (Thèse de Paris, 1890).

CASSATAS. — Influenza in newborn (Pedriatia 31 : 1137-1140, 1er Nov. 1923).

CATHALA J. — AUZKY P. — BRAULT A. — Le catarrhe suffocant. (Revue Fran. de Ped. 1938, T. XIV, pp. 105-115).

P. COHEN — H. SCHNECK. — Action de la vaccination par le virus grippal chez les nourrissons et les enfants, avec étude des anticorps. (Journal of Pediatrics 32, 2 Février 1948, pp. 161-170).

COMBY. — La grippe chez les enfants observée à Paris en 1859, et janvier 1890. (Soc. Méd. des Hôpitaux, 17 Février 1890).

DEBRÉ — SEMELAIGNE — CORNIL. — Oedème pulmonaire infectieux subaigu et curable des nourrissons. (Soc. de Ped. Février 1925).

D'ESPINE. — Complications nerveuses de la grippe chez l'enfant. (Art. de Méd. des Enf., 1919).

Ferreira C. — A grippe nos lactantes. (Artch. Brasil de Med. Rio de Janeiro, 1919, IX, 322-324).

Frontali G. — La prophylaxie individuelle et collective des infections grippales de la première enfance. (3e Conf. de l'Assoc. Int. de Pédiat. Prévent. Luxembourg, 27-28 9/33

Gilicze J. — Intestinal hemorrhagie in nurslings in course of influenza. (Orvosi hetil 77, 386, 15 Sept. 1933).

B. Gottbieb — C. Forsyth — N. Aldott. — Méningite grippale chez les nouveaux-nés (the Lancet, 253, 6466, 2 août 1947, pp. 164-167. In : Semaine des Hôpitaux de Paris, n° 5, 18 Janvier 1948, p. 159).

Gouzonnat C. — Contribution à l'étude de la grippe pulmonaire chez le nourrisson. (Thèse de Paris 1933, Jouve édit. Paris).

Halle J. — Quelques formes de la grippe du nourrisson (Bull. soc. de Pédiatric, 3 Mars 1926).

Heiman. — Encéphalite post-grippale. (Am. j. of dis of Arild., Août 1919).

Hoffa. — La grippe endémique des nourrissons. (Klin Thérap. Wodrenschufft, 1909, n° 33).

Kiss P. — Therapy of cardiac complications of influenza in nurslings. (Orvosi hetil 77 : 450-451, 27 May 1933).

Mlle Ladet. — Le syndrome malin au cours des toxi-infections. (Thèse Paris 1937).

Langevin — Barbe. — Trois observations d'encéphalite grippale des nourrissons. (La Pédiatrie pratique n° 11, 15 Déc. 1937).

A. S. Lazarus — R. E. Westfail. — Le pourcentage des anticorps neutralisant les types A et B du virus de l'influenza chez les enfants et les nourrissons normaux. (The journal of immunology virus research and experimental chemotherap, 59, 2, Juin 1948, pp. 159-164).

Lereboulet P. — La grippe et son traitement chez l'enfant. (Progrès médical, Paris 1924, XXXIX, 577-583).

Lesage. — Les formes actuelles de la grippe chez les enfants. (La Méd. Infantile 1928, pp. 71).

Lesne — Launay — Waite. — A propos des complications laryngées et pulmonaires de la grippe. (Soc. de Pédiatrie, 21 Mai 1929).

J. Levesque — H. Bourgin — Ph. Coquard. — Quelques considérations sur l'épidémie de grippe 1948-1949, observée dans le service des nourrissons de la Salpétrière. (Le Bulletin Médical n° 10, 15 Mai 1949, pp. 233-237).

Levesque — Lafourcade — Mme Demassieux. — A propos d'un état toxique s'accompagnant d'une dégénérescence massive du foie. (Soc. de Péd., 7 Janvier 1947).

R. I. Lienke — E. P. Orump — J. M. Adams. — Vaccination contre l'influence A, B, comparaison des réactions des réponses aux doses et aux types des deux différents vaccins chez l'enfant en bas âge et l'enfant plus âgé. (New England Journal of Med. 238 : 17, 22 Avril 1948, pp. 593-595).

Mac Carthy F. H. — Complications and sequelæ of influenza in children. (J. Am. Inst. Home op. Chicago, 1919-20, XII, 1099 1101).

Mancini U. — Osservazioni anatomo-patologiche su 200 casi di influenza nell' et a infantile policlinico, Roma 1919, XXVI Sez Prat 898-902).

Marquezy et Mlle Ladet. — Le syndrome malin au cours des toxi-infections. (X^{e} Congrès des Pédiatres de langue française 1938, p. 124).

Mery. — Œdème pulmonaire infectieux subaigu du nourrisson (Thèse de Paris, 1926).

Nobecourt P. — Bronchites et broncho-pneumonies dans les rhino-pharyngites aiguës simples des nourrissons. (Clinique et laboratoire, 20 Avril 1929).

Nobecourt P. — Formes pures de la grippe chez les enfants. (Clinique et laboratoire, 1933, 20 Février).

Picard I. — Image pseudo-tuberculeuses au cours des états infectieux à allure grippale. (Thèse, Lyon 1940-41).

J. J. Quillican — Jr T. Francis Jr. — Serological response to intra-nasal administration of inactive influenza virus in children. (J. Clin. Investigation, 26 : 1079-1087, Noyembre 1947).

— La broncho-alvéolite spumeuse grippale chez le nourrisson. (Les échos de la Médecine, n° 10, Octobre 1940).

— La grippe maligne du nourrisson. (Journal des Praticiens, n° 49, 4 Décembre 1947, pp. 547-549).

Raimondi. — La grippe des nourrissons, étude clinique. (Presse Méd., 11 Mai 1915).

Mlle Rouch. — Formes graves de la grippe chez les nourrissons. (Thèse de Paris 1928).

Reiche A. — Sur la clinique de la grippe épidémique des nourrissons. (Deutsche Med., Wochen. XLVI, 15 Janvier 1920).

Ribadeau — Dumas. — Article grippe de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale, p. 4068, feuillet 3).

Ribadeau — Dumas — Debray. — Sur l'épidémie actuelle de grippe, grippe choléríforme des nourrissons. (Soc. de Péd. 1924, p. 440).

Rohmer P. et Phelizot. — Broncholite aiguë grippale, avec accès d'apnée chez le nouveau-né, évolution favorable. (Soc. de Péd., séance 16 Juin 1931).

ROTT. — La signification en hygiène sociale des affections grippales du premier âge. (Troisième Conférence de l'Ass. Int. de Pédiatrie préventive Luxembourg 27/28933, la Presse Médicale, n° 96, 2-12-33).

SAINT-PHILIPPE. — La grippe gastro-intestinale des enfants et des jeunes sujets. (Journal de Méd. de Bordeaux, 23 Mars 1902).

SCHREIBER C. — La grippe du nourrisson. (Bull. Méd., n° 9, 27 Février 1930).

— La grippe du nourrisson. (La puériculture, n° 4, Avril 1930).

SUZUKI T. — L'influenza chez les enfants et principalement chez les nourrissons. (Paris Médical, II[e] An., 11 Juin 1921).

TRABUC. — Quatre observations de grippe graves chez des nourrissons. (Art. Méd., n° 27).

TRABUC. — La grippe du nourrisson. (Comité Méd. des Bouches-du-Rhône, Février 1926).

WEILL et DUFOURT A. — Influenza in children. (Arch. de Méd. des enfants, 25 : 385-393, Juillet 1922).

ALBI. — Imprimerie-Reliure des Orphelins-Apprentis — 1950